

Opsamling på Sundhedspolitisk Dialogforum den 5. oktober 2018

Per Møller, kommunal næstformand i Sundhedskoordinationsudvalget, bød velkommen og orienterede om formålet med dagen: At der gives kommunalt politisk input til udviklingen af både den kommende Sundhedsaftale og praksisplan for almen praksis med henblik på at give de kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget et solidt kommunalt mandat i det videre arbejde.

Tema 1: Vision og indsatsområder i Sundhedsaftalen 2019-2023

Per Møller holdt et indledende oplæg om status på udvikling af Sundhedsaftalen 2019-2023 med særlig fokus på de foreløbige bud på vision og indsatsområder, som forelægges Sundhedskoordinationsudvalget den 10. oktober 2018 (se nærmere i oplægget fremsendt sammen med opsamlingen). Det foreløbige bud på visionen lyder, at "Nordjyderne er sunde og oplever et effektivt sundhedsvæsen, der er til for dem", mens det foreløbige bud på indsatsområder i overskriftsform er:

1. Fokus på samarbejde om kerneopgaven og sundhedstilbud tæt på borgeren
2. Borgerne som aktive samarbejdspartnere skaber resultater
3. Lighed i sundhed bidrager til et sundt Nordjylland
4. Trivsel er grundlaget for gode leveår
5. Et røgfrit Nordjylland vil øge nordjydernes levetid

Derudover orienterede Per Møller om, at den fremtidige politiske organisering af Sundhedsaftalen ligeledes vil blive drøftet indledningsvist på Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 10. oktober.

På baggrund af oplægget blev vision, indsatsområder og politisk organisering drøftet i klyngebaserede grupper. I den efterfølgende plenumopsamling fremkom bl.a. følgende:

- Som en generel bemærkning blev det nævnt, at sproget skal være mere dynamisk/udviklingsorienteret (eksempelvis at samarbejdet om kerneopgaven skal styrkes). Indsatsområderne skal mere eksplicit indikere ønske om bevægelse på områderne.
 - Vision: Det blev foreslået, at det tilføjes, at sundhedsvæsenet skal være sammenhængende.
 - Generelt om indsatsområderne:
 - Implementering af de eksisterende sundhedsaftaler er afgørende. Sundhedsaftalen skal ikke lægge op til en stor mængde nye udviklingsprojekter, men de udviklingsprojekter, der laves, skal være konkrete og visionære (TeleCare Nord som foregangseksempel).
 - Opgaveglidning: I sidste sundhedsaftaleperiode fyldte opgaveglidning meget, og det forventes at fortsætte i denne periode. Der er derfor behov for at italesætte økonomien i opgavebevægelserne, og herunder er der behov for en proaktiv kommunal afklaring af hvad vi kan/vil løse og indenfor hvilke økonomiske rammer. Regionernes nærhedsfinansiering kan eventuelt tænkes ind i denne sammenhæng, idet denne finansiering til regionerne er betinget af indfrielse af mål med tværsektoriel relevans (eksempelvis nedbringelse af genindlæggelser).
 - Prioritering: Det kan overvejes at prioritere i indsatsområderne og i underemnerne til hvert af indsatsområderne i forhold til hvad vi først vil gøre noget ved.
 - Specifikt om de foreløbige fem indsatsområder:
-

1. Fokus på samarbejde om kerneopgaven og sundhedstilbud tæt på borgeren: Psykiatrien bør fremhæves i dette indsatsområde, da der er en oplevelse af, at psykiatrien (særligt vedrørende børn og unge) skal tættere på borgerne. Også kronikere har et stærkt behov for nære sundhedstilbud. Derudover blev der udtrykt opbakning til dette indsatsområde, da der ses stort behov for fortsat at styrke koordineringen og samarbejdet om kerneopgaverne og borgernes overgange mellem sektorer.
2. Borgerne som aktive samarbejdspartnere skaber resultater: Fra kommunal side anses rehabilitering og borgerens egenmestring som en væsentlig vinkel i dette indsatsområde.
3. Lighed i sundhed bidrager til et sundt Nordjylland: Kommunikation med udsatte borgere blev nævnt som en vigtig vinkel i dette indsatsområde.
4. Trivsel er grundlaget for gode leveår: Ordet "trivsel" ønskes erstattet med "mental sundhed", da det er mere sigende for indsatsområdet. Derudover er det, jf. sundhedsprofilen, vigtigt at holde fokus på unges problemer med mental sundhed. Generelt var der enighed om, at problemstillingen med mental sundhed fylder meget.
5. Et røgfrit Nordjylland vil øge nordjydernes levetid: Det blev foreslået, at indsatsområdet udvides til at dække KRAM-faktorer/forebyggelse.

Udover vision og indsatsområder blev der i plenumopsamlingen også givet input til den fremadrettede politiske organisering omkring sundhedsaftalen. Der var generel opbakning til den klyngebaserede politiske organisering i de politiske forankringsgrupper. Det er dog væsentligt at sikre en god sammenhæng mellem forankringsgrupperne og Sundhedspolitisk Dialogforum og særligt Sundhedskoordinationsudvalget. På den baggrund blev det foreslået, at Sundhedskoordinationsudvalget tager på "turné" i forankringsgrupperne.

Tema 2: Ny praksisplan for almen praksis

Ida Pedersen, kommunalt medlem af Praksisplanudvalget, orienterede om den nyligt igangsatte udvikling af ny praksisplan for almen praksis (se nærmere i oplægget fremsendt sammen med opsamlingen). Det er endnu ikke endeligt fastlagt, hvornår den nye praksisplan skal træde i kraft, men der vil i løbet af udviklingsperioden være flere kommunale politiske indflydelsesmuligheder, herunder via Praksisplanudvalget, Sundhedspolitisk Dialogforum, indledende høring af kommunerne samt i høringsperioden inden endelig vedtagelse af planen. Som oplæg til efterfølgende plenumdrøftelse blev præsenteret tre af de udfordringer kommunerne oplever på almen praksis-området:

- Lægedækning/rekruttering af praktiserende læger: Det er ingen nyhed, at Nordjylland er udfordret på lægedækningen; mange lægekapaciteter er ubesatte, mange læger har lukket for tilgang af borgere, der er gennemsnitligt set mange borgere per læge, og i nogle områder af regionen udgør udbuds- og regionsklinikker en stor andel af lægedækningen. Nationale prognoser viser bedring i antallet af almen medicinere men først på lidt længere sigt.
 - Centralisering af praksis: I nogle situationer opleves et dilemma mellem nærhed i lægedækningen og sikring af en samlet tilstrækkelig lægekapacitet. I praksisplanen er regionens lægekapaciteter fordelt på 40 lægedækningsområder, og bl.a. af hensyn til at sikre lokal lægedækning kan kapaciteterne ikke uden videre flyttes på tværs af områderne. Men i nogle situationer kan en lægekapacitet i et yderområde være svært at få besat, mens nye læger til gengæld ønsker at nedsætte sig i et andet lægedækningsområde
-

(typisk i større byer). Et væsentligt spørgsmål er derfor, hvordan praksisplanen skal veje hensynet til nærhed i lægedækningen op mod sikring af et tilstrækkeligt antal praktiserende læger på regionsniveau.

- Tilgængelighed til almen praksis for kommunalt personale: Kommunalt personale oplever i nogle tilfælde, at det kan være svært at få den nødvendige kontakt med borgerens praktiserende læge. Det kommer eksempelvis til udtryk i lang ventetid ved telefonisk kontakt eller ved vanskeligheder ved at få lægen ud på sygebesøg.

På baggrund af Ida Pedersens oplæg blev det i grupperne drøftet, hvilke kommunale input der er til den kommende praksisplan. I den efterfølgende plenumopsamling fremkom bl.a. følgende:

- Lægedækning: Praksisplanen skal understøtte fleksible løsninger i forhold til flytning af ydernumre (eventuelt via færre lægedækningsområder), men dog fortsat med så let og lokal tilgængelighed for borgerne som muligt; det kan overvejes om praksisplanen skal opstille kriterier, som konkrete situationer kan vurderes ud fra. En delvis centralisering af praksis kan således være nødvendigt for at sikre familielægens fortsatte eksistens samt minimere forekomsten af særligt udbudsklinikker. Men i så fald bør dette så vidt muligt følges af kompenserende tiltag; der kan eksempelvis tænkes i øget brug af satellitklinikker, hvor centralt beliggende lægeklinikker en eller flere gange er tilgængelige for konsultation på decentrale beliggenheder (eventuelt i kommunale lokaler/sundhedsklinikker). Et andet muligt tiltag er pilotforsøg med videokonsultationer o.l.
- Organisationsformer: I forlængelse af lægedækningsspørgsmålet kan en øget brug af alternative organisationsformer måske være en del af løsningen. Nogle praktiserende læger efterspørger eksempelvis kortere arbejdstid, muligheden for ikke at skulle eje egen praksis (eksempelvis via kommunale sundhedshuse eller licensklinikker), øget brug af ansat personale etc. Kommunerne kan også overveje at aflaste de praktiserende læger via kommunale tiltag – dette er dog ressourcekrævende for kommunerne.
- Tværfagligt samarbejde: Der blev generelt givet udtryk for behovet for et tættere samarbejde mellem region, kommuner og PLO. Der opleves generelt set en god lokal dialog med de praktiserende læger i KLU – denne dialog kan der bygges videre på.

Per Møller rundede dagen af med at konkludere, at de kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget havde fået mange og særdeles brugbare input med i det videre arbejde med den kommende Sundhedsaftale og Praksisplan for almen praksis. Og jævnfør de to oplæg på dagen vil der også i den kommende tid være flere kommunale politiske indflydelsesmuligheder på de to aftaler.
